

## ДЕКЛАРАЦИЯ

### ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ ЗА ПРЕДСТОЯЩА СЕДАЦИЯ И/ИЛИ АНЕСТЕЗИЯ

Информиранто съгласие има за цел да ви запознае с подробности около предстоящата анестезия по време на манипулацията или хирургическата интервенция. Прочетете този протокол внимателно и отбележете възникнали въпроси, ако има такива. Вашият анестезиолог ще се срещне с вас и в съвместен разговор ще ви бъдат разяснени вида и протичането на анестезията и ще получите отговор на въпросите си. Като пациент е редно да споделите с него Вашите здравословни проблеми и те да бъдат оптимално решени. Получената посредством Вас информация е медицинска тайна и се ще се използва само във Ваш интерес.

Вечерта преди оперцията е възможно да получите таблетка за сън, благодарение, на което ще прекарате спокойно нощта. Сестрите ще ви уведомят кога да се храните и пиете течности за последно. В деня на операцията ще бъдете заведен до операционната зала, където анестезиологичния екип ще Ви поеме. Ще ви бъде поставена венозна канюла, през която ще бъдат инжектирани медикаменти и вливани венозни разтвори по време на манипулацията/операцията. За точен контрол на артериалното налягане и доставката на кислород на вашето тяло, може да ви бъде поставена и артериална канюла. При всички убождания на кожата винаги съществува винаги малък риск от възпаление, кървене от мястото на убождане, запушване на съдове или нарушаване целостта на периферен нерв. Възможни са реакции на непоносимост (алергия) към медикаментите и инфузионните разтвори. Изключително рядко се наблюдават и екстремно покачване на телесната температура (малигна хипертермия). След като заспите дълбоко, през устата ще ви бъде поставена дихателна тръба за поддържане на дишането по време на операция. В редки случаи при въвеждане на тубуса е възможно да бъдат увредени в някаква степен зъбите или гласните връзки. Смущенията при преглъщане и дрезгавия глас след отстраняване на тубуса са преходни. За дрениране на стомашния сок по време на операцията може да се наложи да се постави тъканна сонда през носа. Като усложнение може да се появи кръвотечение от носа, което е преходно. Може да се наложи поставянето на централен венозен катетър под ключицата или на шията. Този катетър е необходим за преценяване на сърдечната дейност. Възможните рискове при поставяне на катетъра са въздушната емболия (попадане на въздух във вената); превмоторакс (навлизане на въздух в гръдната кухина) и сърдечни ритъмни смущения. За проследяване на бъбречната функция може да се постави катетър в пикочния мехур. При наличие на уголемена простата е възможно да се появи кървене от пикочния канал, а при по – дълъг престой на катетър – до инфекция на пикочния мехур.

За да бъде по – удобно оперативното поле за хирурга, Вашето тяло може да се постави в различни положения. Въпреки нашите усилия, увиване на засегнатата част, поставянето на подложки и др., не винаги могат да се избегнат усложнения – увреждане на периферен нерв и пареза. По правило описаните оплаквания отзвучават до една седмица. По време на операцията Вашият анестезиолог ще следи дали спите дълбоко, изпитвате ли болка, както и състоянието на всички важни жизнени функции и при промяната им да реагира моментално.

При някои видове оперативни интервенции се прилага регионална анестезия – инжектиране на локален обезболяващ разтвор около гръбначния мозък (спинална и епидурална анестезия) или около периферен нерв (цервикален плексус, брахиален плексус и др.). При този вид обезболяване, вие ще бъдете в съзнание, но няма да изпитвате болка в оперативното поле. При този вид обезболяване е възможно да се наблюдава преходно главоболие, болки в мястото на убождане и много рядко преходни парези, възпаление.

След операция е възможно да постъпите в интензивно отделение, където за вас ще се грижи високо квалифициран медицински персонал. Вие ще спите толкова дълго докато се нормализират основните жизнени функции. Когато се събудите ще видите около себе си много апаратура. След като премине действието на анестезията е възможно да почувствате болка в областта на оперативната рана. Съобщетете веднага, когато прецените, че се нуждаете от болкоуспокояващи медикаменти. Трябва да имате предвид, че силните обезболяващи лекарства могат да повлияят вашето съзнание. По тази причина, въпреки болката, ако не е много силна, се опитайте да дишате дълбоко. Бихме желали да ви уведомим, че понякога по време на операция се налага преливане на чужда кръв, антихемофилна плазма, прясно замръзена плазма. Всички тези продукти се получават от централен кръвен център след като се изследват за СПИН и хепатит.

**Моля да спазвате следните указания преди операция:**

- Не се хранете без разрешението на медицинския персонал/лекари и сестри/

- Контактни лещи, зъбни протези да се снемат преди операция;
- Моля, не се гримирайте или лакирате в деня на операцията;

**Моля спазвайте следните указания поне 24 след анестезия, особено ако напускате болницата в деня на операцията:**

- не употребявайте алкохол; не приемайте таблетки за сън без лекарско назначение;
- не управлявайте превозни средства и да боравите с апаратура;
- не вземайте важни решения;
- не подписвайте юридически документи;
- не вършете нищо, което представлява опасност за вас и вашите близки.

**Декларирам, че:** съм получил информация за състоянието ми и предстоящата седация/анестезия, както и за свързаните с тях усложнения. Този формуляр съдържа кратко описание на тази информация; съм получил ясни обяснения на всички непознати за мен термини и ми е била дадена възможност да задавам въпроси. Напълно разбирам, че мога да откажа съгласието си за предстоящата процедура.;

**Съгласен/а съм:** бъдат провеждани всякакви допълнителни манипулации по време на анестезията, за които е преценено от анестезиолога в дадения момент, че са в мой интерес; следоперативното ми лечение да продължи в ОАРИЛ, ако анестезиолога е преценил, че са налице основателни причини за това.

***Провеждане на седация и/или локална анестезия***

**Съгласен/а съм:** да ми бъдат прилагани такива локални анестетици, каквито са преценени като необходими от анестезиолога/лекуващия лекар. Разбирам всички рискове от приложението на локалните анестетици, най - честите от които са: локален дискомфорт, подуване, натъртване, алергични реакции към медикаментите, хипотония и гърчове.; **съгласен/а съм** за прилагане на седативни медикаменти от или под контрола на анестезиолога или лекаря, отговорен за моето лечение.

**Декларирам, че** съм бил/а информиран/а за естеството на предстоящата седация и че разбирам всички рискове от нея, най-честите от които са: алергични реакции към медикаментите, промени в дишането, промени в артериалното кръвно налягане и сърдечна функция, гадене и повръщане, аспириране на стомашно съдържимо и психомоторна възбуда. Разбирам, че е възможен спомен за процедурите извършвани под седация.

***Провеждане на регионална и/или обща анестезия от лекарски персонал на Отделението по Анестезиология и Интензивно Лечение/ОАИЛ/***

**Съгласен/а съм** да ми бъде проведена анестезия от лекарите анестезиолози, работещи в ОАРИЛ.

Анестетичната техника може да бъде както “обща анестезия“ и/или „нервен блок“. Разбирам, че провеждането на анестезия е рисковата интервенция, при която, макар и рядко, са възможни следните усложнения: дразнене на гърлото и дрезгав глас, гадене и повръщане, аспирация на стомашно съдържимо в белия дроб, мускулни болки, увреждане на очите, увреждане на венците и устните, увреждане на зъбите и зъбните протези /вкл. и металокерамика/, алергични реакции към прилаганите медикаменти, спомен за процедурата /операцията/, промени в дишането /вкл. пневмоторакс/, промени в артериалното кръвно налягане и сърдечна функция, увреди на нерви, спиране на сърцето, увреждане на мозъка, парализа и смърт. ; **Съгласен/а съм** в интерес на сигурността ми, да се промени и вида на провежданата анестезия.

**Декларирам, че съм получил от моя анестезиолог всяка допълнителна информация относно анестезията и контрола на болката следоперативно.**

**ДЕКЛАРАЦИЯ НА ПАЦИЕНТА ИЛИ РОДИТЕЛЯ /ОФИЦИАЛНИЯ НАСТОЙНИК/**

С подписа си по-долу декларирам, че съм на/над 18 години или оторизиран да дам съгласието си. Прочел съм и ми е било обяснено съдържанието на този документ. Разбирам напълно съдържанието на този документ и давам съгласието си за всичко упоменато по-горе в него, както и това, което ми е обяснено от лекаря-анестезиолог.

ИМЕ .....  
 ПОДПИС ..... ДАТА .....

**ДЕКЛАРАЦИЯ НА АНЕСТЕЗИОЛОГА**

Декларирам, че съм обяснил предстоящата процедура, алтернативите и рисковете на индивида, чиито подпис е сложен по-горе. Декларирам, че пациентът и/или неговия законен представител са разговаряли с мен и са разбрали съдържанието на този документ.

ИМЕ .....  
 ПОДПИС ..... ДАТА .....

**ДЕКЛАРАЦИЯ НА АТЕСТИРАНИЯ ПРЕВОДАЧ**

Декларирам, че съм осигурил ясен и точен превод на хората, чиито подписи стоят по-горе.

ИМЕ .....  
 ПОДПИС ..... ДАТА .....